

Schadenmeldung UVG	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Zahnschaden <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Rückfall	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl _____ _____	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
2. Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
Strasse		Telefonnummer	Staatsangehörigkeit
PLZ / Wohnort		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Keine
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	
Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in			
Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Vertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt			
Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche _____		Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ in Prozent	
Betriebsübliche Vollarbeit: (Stunden je Woche) _____		Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit	
4. Schaden-datum	Tag Monat Jahr	Zeit _____	
5. Unfallort	Ort (Name oder PLZ) oder Stelle (z.B. Werkstatt, Strasse)		
6. Sachverhalt Unfallbeschreibung, Verdach auf Berufskrankheit)	Tätigkeit zur Zeit des Unfalles; Unfallhergang, beteiligte Gegenstände, Fahrzeuge		
Beteiligte Person(en): _____			
Besteht ein Polizeirapport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt			
7. Berufsunfall	Beteiligte Gegenstände (z.B. Maschinen, Werkzeug, Fahrzeug, Arbeitsstoff; bitte genaue Bezeichnung)		
8. Nicht-berufsunfall	Bis wann hat der/die Verletzte vor dem Unfall im Betrieb gearbeitet (Wochentag, Datum, Zeit?) bis: _____ Grund der Absenz: _____		
9. Verletzung	Betroffener Körperteil: _____	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
Art der Schädigung			
10. Arbeits-unfähigkeit	Arbeit zufolge ausgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, ab wann?	
Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit		Fall Arbeit wieder aufgenommen:	
länger als 1 Monat <input type="checkbox"/>		Ab wann? _____ <input type="checkbox"/> ganz <input type="checkbox"/> teilweise	
11. Arzt-adressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

12. Lohn	CHF pro	Stunde	Monat
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			
Kinder- / Familienzulagen			
Ferien- / Feiertagsentschädigung	in % oder		
Gratifikation / 13. Monatslohn (und weitere)	in % oder		
Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)			
Bezeichnung: _____			
13. Sonderfälle	<input type="checkbox"/> Freiwillige Unternehmensversicherung <input type="checkbox"/> Familienmitglied, Gesellschafter <input type="checkbox"/> quellensteuerpflichtig <input type="checkbox"/> weitere(r) Arbeitgeber: _____		
14. Andere Sozialversicherungsleistungen	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung Militärversicherung, Arbeitslosenkasse? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, wo? _____		
Name der obligatorischen Krankenversicherung: _____			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Erläuterungen zur Schadenmeldung

Wir bitten Sie, die Schadenmeldung vollständig auszufüllen und uns umgehend zuzustellen. Nachstehende Ausführungen mögen Ihnen behilflich sein. Besten Dank für Ihre Mitarbeit.

Allgemeines

Diese Formulargarnitur ist auszufüllen, wenn

- die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage dauert (Unfalltag inbegriffen);
- eine Berufskrankheit vorliegt;
- eine Zahnverletzung zu melden ist;
- ein Rückfall vorliegt.

Ist lediglich eine zahnärztliche Behandlung notwendig, so genügt es, wenn Sie die Schadenmeldung (Form. 109 ohne Ziffer 12 Lohnangaben) der zuständigen Agentur senden; die restlichen Formulare können Sie vernichten. Die Agentur wird mit dem Zahnarzt Kontakt aufnehmen.

Bei der Meldung eines Rückfalls geben Sie bitte die Schadennummer an. Sofern die Nummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte das Schadendatum und den damaligen Arbeitgeber an.

Bei schweren Unfällen – insbesondere bei Todesfällen – wollen Sie zusätzlich die zuständige Agentur sofort telefonisch benachrichtigen.

Ist keine dieser Voraussetzungen erfüllt, genügt die Meldung mittels der grünen Formulargarnitur «Bagatellunfall-Meldung UVG».

Verwendung der Angaben

Die Angaben auf der Schadenmeldung werden verwendet für:

- a) die Schadenerledigung;
- b) die Erstellung anonymisierter Statistiken für die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten;
- c) die gesetzlich vorgeschriebene anonymisierte Weitergabe an das Bundesamt für Statistik zwecks Erstellung der öffentlichen Lohnstatistik des Bundes.

Erläuterungen zu einzelnen Fragen der Schadenmeldung

Ziffer 1 «Üblicher Arbeitsplatz»

Dreherei/Bauschreinerei/Büro EDV

Ziffer 3 «Ausgeübter Beruf»

Es ist eine möglichst genaue Bezeichnung der wichtigsten beruflichen Tätigkeit der verletzten Person anzugeben.

Beispiele:

- «**Metallschleifer**» (statt «Schleifer»)
- «**Verkäuferin, Textilwaren**» (statt «Verkäuferin»)
- «**Finanzdirektorin**» (statt «Direktorin»)

Angaben wie Hilfsarbeiter, Angestellter usw. genügen nicht.

Ziffer 5 «Unfallort»

Beispiele:

Bei Berufsunfällen:

3014 Bern, Halle 1/Baustelle xy/Treppenhaus C

Bei Nichtberufsunfällen:

9424 Rheineck, Kreuzung Thaler Str. / Schulstr.
oder 6005 Luzern, Sportanlage «Allmend»

Ziffer 6 «Sachverhalt (Unfallbeschreibung, Verdacht auf Berufskrankheit)»

Es wird eine möglichst genaue Schilderung des Ablaufs und seiner Begleitumstände erwartet.

Ziffer 8 «Nichtberufsunfall»

Hat der/die Verletzte vor dem Unfall nicht mehr gearbeitet, sind die Gründe der Abwesenheit (z. B. Ferien, Krankheit, Militär, unbezahlter Urlaub, Arbeitslosigkeit) zu erwähnen.

Ziffer 12 «Lohn»

Es ist neu der nach AHV-massgebende Lohn (gemäss Art. 7 der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung) anzugeben. D. h. der Bruttolohn vor Abzug von Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern usw., der dem/der Versicherten im Zeitpunkt des Unfalles zustand.

Auch bei Löhnen über dem Höchstbetrag des versicherten Verdienstes ist der effektive Lohn anzugeben.

Bei der freiwilligen Unternehmensversicherung ist der vereinbarte Jahresverdienst einzusetzen.

Arztzeugnis UVG		Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Telefonnummer	Staatsangehörigkeit
	PLZ / Wohnort		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Keine
Anstellung	Datum der Anstellung		Ausgeübter Beruf	
	Stellung: <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Mittleres Kader <input type="checkbox"/> Angestellte/r / Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Lehrling <input type="checkbox"/> Praktikant/in			
	Verhältnis: <input type="checkbox"/> unbefristeter Vertrag <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis gekündigt			
	Arbeitszeit des/der Verletzten: Stunden je Woche _____ Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ Betriebsübliche Vollarbeitszeit: (Stunden je Woche) _____ Arbeitseinsatz: <input type="checkbox"/> unregelmässig <input type="checkbox"/> Kurzarbeit			
Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr	Zeit _____
1. Erst-behandlung	Datum	Zeit	<input type="checkbox"/> während <input type="checkbox"/> am Unfallort	<input type="checkbox"/> ausserhalb der Sprechstunde <input type="checkbox"/> in der Wohnung der / des Patienten
2. Angaben der Patientin / des Patienten	Unfallhergang und Beschwerden, Rückfall?			
3. Allgemein-zustand	a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)			
	b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)			
4. Befund	Röntgenbefund:			
5. Vorläufige Diagnose				
6. Kausalität	a) Welche Ursachen kommen für die aktuellen Beschwerden in Frage: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> andere: welche?		b) Litt der/die Patientin bereits vorher unter ähnlicher Beschwerden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, Behandlung bei	
7. Therapie	a) Was haben Sie bisher veranlasst?			
	b) Schlagen Sie besondere medizinische oder nicht medizinische Massnahmen vor?			
	c) Ist der / die Patient / in hospitalisiert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja; wo?			
8. Arbeits-unfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja, zu <input type="checkbox"/> nein	% ab	Voraussichtlich bis	
9. Arbeits-aufnahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Teilweise zu % ab	Voll ab	
10. Behandlungs-abschluss	<input type="checkbox"/> ja, am: <input type="checkbox"/> nein- voraussichtlich in	Wochen		

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

QualiRisk AG
Kasernenstrasse 12
Postfach 175
4410 Liestal

Apothekerschein UVG		Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Tel.-Nr.	Police-Nr.
			Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/r	Name und Vorname		Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse		Telefonnummer	Staatsangehörigkeit
	PLZ / Wohnort		Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Keine
Schaden-datum	Tag _____	Monat _____	Jahr _____	Zeit _____

Hinweise für die/den Verletzte/n

Hat die Versicherung die Übernahme der Heilkosten zugesichert, so werden Ihnen die vom Arzt verordneten Medikamente vom Apotheker ohne Bezahlung abgegeben.

Alle Medikamente wollen Sie vom gleichen Apotheker beziehen, dem dieser Schein abzugeben ist. Wir bitten Sie, die auf allen Zuschriften aufgeführte Schaden-Nummer oben einzutragen bzw. durch den Apotheker eintragen zu lassen.

Hinweise für den Apotheker

Eine Übernahme der Behandlungskosten wird dem / der Versicherten durch die Versicherung bekanntgegeben. Verlangen Sie bitte diese Bestätigung - die auch Ihnen gegenüber als Zahlungsgarantie dient - zur Einsicht und übertragen Sie die darauf vermerkte Schaden-Nummer auf diesen Apothekerschein.

Rechnung der Apotheke

Datum der Abgabe	Art und Menge	Preis	
		CHF	Rp.
Bitte Rezepte beilegen		Total	

Senden Sie uns diese Rechnung bitte nach Abschluss der Behandlung - spätestens 3 Monate nach Schadendatum - an die Versicherung bzw. an die QualiRisk AG.

Einen neuen Apothekerschein können Sie unter Angabe der Schaden-Nummer bei Ihrer Versicherung bzw. QualiRisk AG verlangen, wenn

- der Platz für das Eintragen der Bezüge nicht ausreicht;
- nach Ablauf von 3 Monaten weitere Medikamente benötigt werden

Datum: _____

Stempel der Apotheke: _____

3	Code								
----------	------	--	--	--	--	--	--	--	--

Postkonto-Nr. der Bank und Konto-Nr.

Bei Abrechnung über OFAC: 35-1

Geht an: Verletzte/n → Arbeitgeber → Versicherung (QualiRisk)

Unfallschein UVG	Bitte Schaden-Nummer hier vermerken →	Schaden-Nummer	Versicherungsgesellschaft
Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Police-Nr.
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Verletzten (Betriebszweig)	
Verletzte/r	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer
	Strasse	Telefonnummer	Staatsangehörigkeit
	PLZ / Wohnort	Zivilstand	Kinder bis 18 Jahre oder in Ausbildung bis 25 Jahre Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Keine
Schaden-datum	Tag	Monat	Jahr
	_____	_____	_____
	Zeit _____		

Hinweise für die/den Verletzte/n

Wir bitten Sie, die **Schaden-Nummer** - die auf jeder Zuschrift der Versicherung erwähnt ist - auf Unfall- und Apothekerschein zu übertragen sowie bei Anfragen immer anzugeben.

Dieser **Unfallschein** bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung dem Arbeitgeber abzugeben.

Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Bei einem allfälligen **Arztwechsel** wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.

Als obligatorische Unfallversicherung übernehmen wir die Kosten der allgemeinen Abteilung einer **Spitalbehandlung**. Für die Dauer des Spitalaufenthaltes kann vom Taggeld ein Beitrag an die Unterhaltskosten abgezogen werden.

Eine **Arbeitsunfähigkeit** wird durch den Arzt auf dem Unfallschein eingetragen. Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor (siehe Kasten unten links.)*

Anspruch auf Taggeld besteht ab dem 3. Kalendertag nach dem Unfall. Das

Auszahlung orientiert die Mitteilung, die jeder/jedem Versicherten bei Anerkennung der Leistungspflicht zugestellt wird.

Die notwendigen **Reise- und Transportkosten** - z.B. zum nächsten Arzt/Spital - werden Ihnen zurückerstattet. Wählen Sie bitte ein den Verhältnis angemessenes, preisgünstiges Transportmittel (z.B. öffentliche Verkehrsmittel); gegebenenfalls Abonnement lösen. Bitte auf Spesenabrechnung Ihr Post- oder Bankkonto angeben. Lassen Sie sich aus persönlichen Gründen auswärts behandeln, so kann die Versicherung die entsprechenden Mehrkosten nicht entschädigen.

Eintragung des Arztes

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	
*evtl. Bemerkung zur Teilarbeitsfähigkeit				
1)	%	d.h.	Std./Tag zu	%
2)	%	d.h.	Std./Tag zu	%
3)	%	d.h.	Std./Tag zu	%

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift des Arztes
und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	
Die ärztliche Behandlung endete am		Medikamente bezogen bei: (Name und Adresse der Apotheke)		

Stempel des Arztes